Søknad om erstatning for Legemiddelforsikringen

Fullmakt

Saksnummer: _____

_____

Erstatningssøkers (pasientens) navn med store bokstaver

gir

_____

Fullmektigens navn med store bokstaver

_____

Fødselsnummeret til fullmektigen

_____

Adresse

_____

Telefonnummer(e)

fullmakt til å representere meg i forbindelse med søknad om erstatning fra Norsk Legemiddelforsikring.

Fullmakten betyr at fullmektigen vil motta alle brev, e-poster m.m. i saken. Fullmakten gir fullmektigen rett til innsyn i alle dokumentene i saken, inkludert helseopplysninger og økonomiske opplysninger. Fullmektigen kan avgjøre alle spørsmålene i saken.

_____ _____

Sted og dato Erstatningssøkers (pasientens) underskrift

Postadresse:
Postboks 232 Skøyen
0213 Oslo

Besøksadresse:
Middelthuns gate 29
0368 Oslo

Telefon: 22 99 45 00
E-post: npepost@npe.no
Internett: npe.no

Organisasjonsnummer:
984 936 923